



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Saattohoitopotilaan kivunhoito sairaalassa

Jansson, Outi
Lehmuskallio, Mikko
Tikanniemi, Sonja

2016 Laurea



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Saattohoitopotilaan kivunhoito sairaalassa

Jansson, Outi
Lehmuskallio, Mikko
Tikanniemi, Sonja
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2016

Jansson, Outi Lehmuskallio, Mikko Tikanniemi, Sonja

Saattohoitopotilaan kivunhoito sairaalassa

| | | | |
|-------|------|-----------|----|
| Vuosi | 2016 | Sivumäärä | 39 |
|-------|------|-----------|----|

Opinnäytetyön aiheena on saattohoitopotilaan kivunhoito. Opinnäytetyö on tyypiltään kirjallisuuskatsaus. Tavoitteena oli kehittää saattohoitopotilaan kivunhoitoa sairaalassa ja pyrimme kirjallisuuskatsauksen keinoin löytämään potilaan kannalta hyviä, niin lääkkeellisiä kuin lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä. Tutkimuskysymyksenä oli, millaisia kivunhoitomenetelmiä käytetään saattohoidossa. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen rakentui tutkimuskysymyksen määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, alkuperäistutkimusten valinnasta sekä tulosten analysoinnista ja esittämisestä.

Aineisto haettiin hoitotyön tietokannoista MEDIC, CINAHL(EBSCO), SAGE Laurean Libguides -portaalia hyödyntäen ja aineistohaut tehtiin vuoden 2016 alkukevään aikana. Tutkimuksia sekä artikkeleita haettiin vuosilta 2006 - 2015. Aineiston sisäänottokriteerinä oli, että tutkimus sisälsi aikuiset sekä sairaalassa olevat saattohoidossa potilaat. Kodinomaaisessa ympäristössä suoritettava saattohoito rajattiin pois. MEDIC-tietokannasta työhön mukaan valikoitui 6 tutkimusta ja artikkeleita. Sage Journals -tietokannasta ei saatu tutkimuskysymykseen vastaavia artikkeleita. CINAHL-tietokannasta työhön mukaan valikoitui 3 tutkimusta ja artikkeleita. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tutkimukset luettiin huolella läpi ja englanninkieliset tutkimukset suomennettiin huolellisesti. Tutkimuksista poimittiin olennaiset asiat tutkimuskysymyksiin perustuen ja jaettiin otsikoiden alle.

Keskeisinä tuloksina huomattiin, että saattohoitopotilaiden kivunhoitoon panostettiin ainakin teoriassa kiitettävästi. Lääkeaineista eniten edustettuna olivat eri opiaatit, ja yksittäisenä potilasryhmänä saattohoidossa olivat pitkälle edennyttä syöpää sairastavat. Lääkkeettömästä kivunhoidosta saattohoidossa löytyi vain niukasti tutkittua tietoa. Vahvojen lääkkeiden aiheuttamin sivuvaikutusten vuoksi tässä voisi olla aihetta lisätutkimuksille.

Asiasanat: hoitotyö, saattohoito, kipu

Jansson Outi, Lehmuskallio Mikko, Tikanniemi Sonja

Pain management for an end-of-life care patient in a hospital

| Year | 2016 | Pages | 39 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

The topic of this study is pain management for end-of-life care patients with terminal illness. This study was performed as a literature review. Our objective was to develop pain management in hospitals for terminally ill patients. The literature review was aimed to find good pain treatment therapies, both pharmacological and non-pharmacological therapies, focusing on the patient's perspective. The study was structured as follows: defining the research question, searching for the original research papers, selecting the applicable research papers for the study, analyzing and presenting the findings.

The data were retrieved from health care databases MEDIC, CINAHL (EBSCO), SAGE using Laurea's Libguides portal. The early spring 2016 the search results were analyzed with inductive content analysis. The searches for studies and publications were carried out from year 2006 to 2015. Inclusion criteria was that the study needed to involve only adult patients either hospitalized or in palliative end-of-life care. Patients that received palliative care in home like circumstances were not included. From MEDIC database 6 studies and articles were included. From Journals no studies could be identified. From CINAHL database 3 studies and articles were included into the study. All studies were carefully examined and the original English papers were translated into Finnish. Relevant points were collected from the studies based on the research questions and they were divided under appropriate headings.

The central findings showed that pain management for end-of-life care patients is, at least in theory, invested in to a significant extent. Different strains of opioids are the most common pharmaceutical products used, and the single biggest patient group was those with advanced stages of cancer. Only a scant amount of research was found on non-pharmacological methods in pain management in end-of-life care. This could be a topic for further research, especially because of the adverse effects strong medication can cause.

Keywords: nursing care, palliative care, pain relief

Sisällys

| | | |
|-----|------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö | 7 |
| 2.1 | Kuolevan hoitotyö | 7 |
| 2.2 | Saattohoitopotilaan hoitotyö | 7 |
| 2.3 | Kokonaisvaltainen saattohoito | 8 |
| 2.4 | Saattohoidon suositukset ja säädökset | 10 |
| 3 | Kivunhoito | 11 |
| 3.1 | Kivun määrittelyä | 11 |
| 3.2 | Kivun luokittelu | 12 |
| 3.3 | Kivun arviointi | 12 |
| 3.4 | Kivun fysiologiaa | 13 |
| 3.5 | Kivun lääkinnällinen ja lääkkeetön hoito | 14 |
| 3.6 | Krooninen kipu ja psyyke | 15 |
| 4 | Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite | 15 |
| 5 | Opinnäytetyön totetus | 16 |
| 5.1 | Kirjallisuuskatsaus | 16 |
| 5.2 | Systemaattinen kirjallisuuskatsaus | 16 |
| 5.3 | Aineiston kerääminen | 17 |
| 5.4 | Sisällönanalyysi | 18 |
| 6 | Tulokset | 19 |
| 6.1 | Kuolevan potilaan kokemia oireita | 19 |
| 6.2 | Tyypilliset lääkeaineet | 20 |
| 6.3 | Lääkkeenantoreitit | 23 |
| 6.4 | Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä | 23 |
| 6.5 | Hengellisten ja psyykkisten näkökohtien huomioiminen | 24 |
| 7 | Pohdinta | 25 |
| 7.1 | Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus | 25 |
| 7.2 | Tulosten tarkastelua | 26 |
| | Lähteet | 29 |
| | Kuviot | 32 |
| | Liitteet | 33 |

1 Johdanto

Opinnäytetyössämme tuomme esille keskeisimmät asiat saattohoitopotilaan kivunhoidosta. Tavoitteenamme on kehittää saattohoitopotilaan kivunhoitoa sairaalassa. Tarkoituksenamme on pyrkiä noudattamaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen piirteitä.

Vuosittain saattohoitoa Suomessa tarvitsee noin 10.000 syöpäpotilasta ja noin 2000 muita sairauksia sairastavaa potilasta. Suomalaisista valtaosa kuolee sairaalassa tai laitoksessa. Ikäihmiset kuolevat yleensä vanhainkodissa ja osa nuoremmissa parantumatonta sairautta, esimerkiksi syöpää tai aidia sairastavista saattohoitokodeissa. Hyvin harva suomalaisista kuolee kotona.

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut (2010:6) Hyvä saattohoidon suositukset. Suositukset korostavat kuolevan ihmisen ihmisarvoa, inhimillisyyttä ja itsemääräämisoikeutta.

(STM 2010.)Saattohoitosuosituksen laatimisen aloittivat kansalaisaloitteet sekä kova keskustelu eduskunnassa. Asiantuntijoita kuultiin valmisteluvaiheessa sekä selvitettiin sairaanhoitopiirien ja kaupunkien saattohoitosuunnitelmia. Useammalta taholta kävi ilmi ja huoli kuolevien ihmisten saattohoidon laadun vaihtelusta ja epätasa-arvosta. Puitteita löydettiin myös selvitysten alla ammattihenkilöstön saattohoito osaamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön tarkoituksena on edistää hyvää ja yhdenvertaista saattohoitoa, suositukset koskevat kuolevan ihmisen hoitoa, hoidon suunnittelua ja järjestämistä sekä henkilöstön ammattiosaamista. Sosiaali- ja terveysministeriö seuraavat alueellisten saattohoitosuunnitelmien tilannetta sekä saattohoitosuosituksen käyttöönottoa. (Pihlainen 2010, 7.)

Aihe on monella tapaa ajankohtainen, puhutteleva ja mielenkiintoinen. Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme kirjallisuuskatsauksen keinoin jo olemassa olevasta aineistosta, minkälaisia kivunhoito menetelmiä käytetään saattohoitopotilaiden hoidossa.

2 Saattohoitopotilaan kokonaisvaltainen hoitotyö

2.1 Kuolevan hoitotyö

Hoitotyö on konkreettista hoitoa ja huolenpitoa. Hoitajan toiminnallisuutta, työn suunnitelmallisuutta sekä tavoitteellisuutta ja päämäärien saavuttamista korostetaan tutkimuksissa. Ammatillisen hoitamisen ydin perustuu luonnolliseen hoitamiseen joka kuvaa humanisudeksi, tarkoittaen perusvälittämistä itsestä ja toisista. (Haho 2006, 23 - 25.) Hoito terminä tarkoittaa hoitamista ja hoitotoimenpiteitä. Tavoitteena hoitotyössä on ihmisen terveyden edistäminen ja säilyttäminen sekä terveydentilan palauttaminen. Hoitotyöhön liittyy ammatilliseen toiminnan perusteleminen tiedolla, pätevyys, kyvykkyys, taloudellisuus, vaikuttavuus, asiakkaan ja potilaan tarpeiden huomioiminen sekä niiden täyttäminen oikein valituilla auttamismenetelmillä. Vaihtelevat menetelmät ihmisen terveydentilan, toimintakyvyn, elämäntilanteen ja ympäristön mukaisesti. Yksilöiden, perheiden ja yhteisön parissa voidaan suorittaa hoitotyötä. Hoitotyö pitää sisällään konkreettista hoitoa ja huolenpitoa, jossa korostuu hoitajien toiminnallisuus, työn suunnitelmallisuus, että tavoitteellisuus ja päämäärien saavuttaminen. Ihmisen ainutlaatuisuutta, kohtaamisen ainutkertaisuutta, inhimillisyyttä, holistisuutta ja asiakaslähtöisyyttä korostetaan hoitotyössä. Terveystieteiden koulutuksen suorittaneet ammattihenkilöt toteuttavat ammatillista hoitotyötä. (Hakala, Tahvanainen, Ikonen & Siro, 2010.)

Hoitotyö on tulevaisuuden keskeinen haaste vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon niin kotona ja hoitolaitoksissa. Hoitotyö vaatii monialaista osaamista ja tutkimukseen pohjautuvaa tietämystä. (Laitinen-Junkkari, Isola, Rissanen, Hirvonen 1999, 6.) Tavoitteena vanhusten hoidossa on sekä kotona, että hoitolaitoksissa on vanhuksen tarpeita vastaava ja toimintakykyä tukeva hyvä hoito. Hoitotyössä laatuajattelu on vahvistunut viime vuosina hyvän hoidon varmistamiseksi. Laatu tutkimus on monipuolistunut ja laajentunut terveydenhuollon palveluista koskemaan myös sosiaalihuollon palveluja. (Laitinen-Junkkari ym. 1999, 19.)

2.2 Saattohoitopotilaan hoitotyö

Päällekkäisiä käsitteitä ovat saattohoito, palliatiivinen hoito ja terminaalahoito, näillä kaikilla tarkoitetaan elämän loppuvaiheen oireenmukaista hoitoa. Käsitteissä on kuitenkin joitain eroja. Käsitteenä saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan aktiivista hoitoa sekä läheisten tukemista. Saattohoidossa keskeisenä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitystä. Tärkeimpänä asiana on se, että potilaalla on etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole olemassa ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä ja jäljellä olevan elinajan arvioidaan olevan lyhyt. Terminaalahoito käsitteenä on välittömästi kuolemaa edeltävä saattohoito.

Palliatiiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kun sairaus ei ole parannettavissa eikä myöskään elämän pidentäminen ole vaihtoehtona hoidon päämääränä. Palliatiiivinen hoito voi kestää jopa vuosia eikä ole näin sidoksissa kuoleman läheisyyteen. Keskeisenä palliatiiivisessa hoidossa on kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä maailman katsomuksellisiin ongelmiin keskittyminen. Päämääränä on hoidossa potilaan sekä omaisten hyvinvointi. Aktiivinen eläminen sekä läheisiä tuetaan selviytymään sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. (Alaviitala, Hautala ym. 2015 5.)

Sosiaali- ja terveysalan henkilöstö on koulutettua ammattihenkilöstöä jotka on koulutettu hoitamaan kuolevia. Hoitohenkilöstö ei ole vielä tottunut kiinnittämään huomiota palvelujen käyttäjien erilaisuuteen ja erilaisiin toiveisiin mitä esimerkiksi omaiset saattavat tuoda esille. Uusia rakenteita on kehitelty ja ajateltu, että se sopii yhdelle, niin miksei muillekin. (Simonen & Nikkonen 1995,33.) Hoitotyön inhimillisyys vaarantuu useimmiten hoitajien kiireen ja piittaamattomuuden vuoksi. Hoitoalan toimintakäytännöt näyttäytyvät potilaalle sairaalassa tavalla, jota hoitaja ei tule välttämättä ajatelleeksi. Hoitajien ja potilaan sukupolviero saattaa myös vaikuttaa vähentävällä koskettavuudella, mikä taas voi johtaa hoitajien rutinoitumiseen vanhusten hoitotyössä. Kuolevan hoitoa käsittelevät tutkimukset osoittavat potilaiden pelkäävän kuolemaa. Potilas ei osaa osoittaa tarkemmin mitä he kuolemassa pelkäävät. Kuoleman pelko on vahvasti elämää liittyvää ja se on toivon menetystä. Hoitajien ei tule herättää kuolevan potilaalla epärealistisia toiveita, mutta he eivät myöskään voi viedä potilaalta toivoa. (Simonen & Nikkonen 1995, 35-37.)

2.3 Kokonaisvaltainen saattohoito

Saattohoitovaiheessa olevilla potilaista hengenahdistus on yleisin oire. Yli 90 % on keuhkoah-
taumatautia tai keuhkofibroosia sairastavia, 50-90 % keuhkosityöpää, 30-70 % muita syöpiä sairastavia ja 60-80 % sydämen vajaatoimintaa sairastavia. Hengenahdistus heikentää merkittävästi potilaan toimintakykyä, unta ja elämänlaatua. Kuolemassa olevalla potilaalla käytetään hengenahdistuksen hoidossa asentohoitoa ja ilmapirta. Lääkehoitona voidaan käyttää opioideja, bentsodiatsepiineja ja lähellä kuolemaa sedaation harkinta mikäli kaikki muut keinot on jo käytetty. (Saarto, Hänninen, Antikainen, Vainio 2015, 92-93.) Hikan hoitoon tulee myös kiinnittää huomioita, sillä hikka voi olla kivulias ja aiheuttaa ruoan aspirointia keuhkoihin, rytmihäiriöitä, unettomuutta, oksentelua ja psykologista ahdistuneisuutta. Hoidossa ensisijaista on poistaa etiologinen tekijä. Oireita voi lievittää nielun stimulaatio vanupuikolla, kylmän nesteen juominen, uvulan eli kitakieleken kohottaminen lusikalla, Valsalvan koe eli syvä sisäänhengitys ja sen jälkeen hengityksen pidättäminen. Lääkehoitona voi kokeilla baklofeenia, omepratsolia, fenytoiinia, midatsolaamia. Lääkkeiden teho ei kuitenkaan ole hyvä pitkässä käytössä tai mikäli oireet jatkuvat edelleen. Täytyy myös pitää mielessä, että hikkaa

aiheuttavia lääkkeitä ovat antibiootit, bentsodiatsepiinit, kortikosteroidit, opioidit ja solusalpaajat. Pleuranesteen kertyminen on yleistä sydämen vajaatoiminnan, maksakirroosin ja hypoalbuminemian loppuvaiheessa. Pleuranesteen hoidon ratkaisevat potilaan oireet. Hoitona voi olla pleurapunktio, pleurodeesi tai tunnettu pleurakatetri. (Saarto, Hänninen ym. 2015, 106-111.)

Askitesta esiintyy 75 % maksakirroosi potilailla ja yleisemmin munasarja syöpään. Aiheuttajana on etäpesäkkeet vatsakalvossa. Oireina on vatsan kasvu, närästys, pahoinvointi, kivuliaisuus, suolenveto vaikeudet, ruokahaluttomuus ja hengenahdistus. Askitespunktiolla nestettä on poistettava vain sen verran kuin on välttämätöntä. (Saarto, Hänninen ym. 2015, 148-149.) Maha-suolikanavan oireiden hoitona on ruokatorvitukoksen laukaiseminen kirurgisella stentillä tai sädehoidolla. Ummetuksen tehokas hoito laksatiivilääkityksellä (suolensisältöä lisäävät laksatiivit ovat kontraindisoituja kuolevalla liikkumattomalla potilaalla). Distaalinen suolitukos voidaan tarvittaessa laukaista. Jos potilaalla on multippelit tai peritoneaalikarsinoosin liittyviä tukoksia, ja kun suolen toimintaa ei ole mahdollista käynnistää tulee kivut hoitaa lammalla suoli suurilla annoksilla opioidilla. (Kuittinen, Seppänen, Heikkinen, Karjalainen, Järvinen 2015, 5-17.)

Väsymys on elämän laatua heikentävä oire elämän loppuvaiheessa. Väsymysoireyhtymällä (fatigue, uupumus) tarkoitetaan subjektiivista väsymyksen voimattomuuden ja heikkouden kokemusta. Erityisesti syöpää, MS -tautia, sydämen vajaatoimintaa, keuhkohtaumatautia ja munuaisten vajaatoimintaa sairastavat kokevat väsymystä. Väsymyksen mittaamiseen on FACT ja SCFS-6 mittareita joita voi käyttää oireen ja oirehoidon tehon arvioon. Veren hemoglobiiniarvo selittää vain osan väsymyksestä. Anemian hoito saattaa kuitenkin parantaa saattohoitopotilaan elämänlaatua. Kuivuminen eli dehydraatio on varsin yleistä vanhuksilla, monisairailta ja maha-suolikanavan syövissä. Ruokahaluttomuus ja aliravitsemus kuuluvat pitkälle edenneisiin sairauksiin. Kakeksia (kuihtuneisuutta ja ruokahaluttomuutta) on tärkein kuoleman mekanismi 20 %:lla syöpäpotilaista ja ikääntymisen loppuvaiheissa. (Saarto, Hänninen ym. 2015, 150-168.)

Ympäristö tulisi järjestetä potilaille niin, että hän saisi yhden hengen huoneen. Omaisten jatkuva läsnäolon mahdollisuus tulisi myös järjestää. Psykkisiin oireisiin voidaan tarvittaessa konsultoida psykiatria. Lääkehoitona voidaan käyttää anksiolyytteja, antidepressantteja ja neurolepteja. (Kuittinen, Seppänen ym. 2015, 5-17.) Saattohoidossa ihmistä hoidetaan parhaalla mahdollisella tavalla. Kaikkea kärsimystä ja kipua ei aina voi poistaa, mutta niitä voidaan lievittää. Kärsimysten lievitys on saattohoidon päämäärä. Oireiden hoito on vain yksi osa kuolevan ihmisen hoitoa. Hoidossa turvataan ihmisen kunnioittaminen ja yksilöllisyyden säilyminen. (Etene 2003.)

Lähestyvän kuoleman oireita on mm. vähenevä tietoisuus ympäristöstä, hengityksen pinnallisuus ja hengityskatkokset. Potilaalla esiintyy myös limaisuuden lisääntymistä, levottomuutta, kuumeilua ja mahdollisesti ”tyhjä katse”. (Valvira 2008.) Potilaan tulee tuntee, että hänen tunteitaan, kokemuksiaan ja tuskaansa ei vähätellä ja hänet nähdään arvokkaana ihmisenä. Saattohoitoon ei kuulu elvytys, infarktin liuotushoito, sytostaattihoito, kontrolliluonteiset tutkimukset eikä i.v. (laskimonsisäinen) nestehoito tai antibioottihoito. (Kuittinen, Seppänen ym. 2015, 9.) Päällekkäisiä käsitteitä ovat saattohoito, palliatiivinen hoito ja terminaalahoito, näillä kaikilla tarkoitetaan elämän loppuvaiheen oireenmukaista hoitoa. Käsitteissä on kuitenkin joitain eroja. Käsitteenä saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan aktiivista hoitoa sekä läheisten tukemista. Saattohoidossa keskeisenä on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitystä. Tärkeimpänä asiana on se, että potilaalla on etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole olemassa ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä ja jäljellä olevan elinajan arvioidaan olevan lyhyt. (Kuittinen, Seppänen ym. 2015, 9.)

Terminaalahoito käsitteenä on välittömästä kuolemaa edeltävä saattohoito. Palliatiivinen hoito on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja kun sairaus ei ole parannettavissa eikä myöskään elämän pidentäminen ole vaihtoehtona hoidon päämääränä. Palliatiivinen hoito voi kestää jopa vuosia eikä ole näin sidoksissa kuoleman läheisyyteen. Keskeisenä palliatiivisessa hoidossa on kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psykologisiin, sosiaalisiin ja hengellisiin sekä maailman katsomuksellisiin ongelmiin keskittyminen. Päämääränä on hoidossa potilaan sekä omaisten hyvinvointi. Aktiivinen eläminen sekä läheisiä tuetaan selviytymään sairauden aikana sekä kuoleman jälkeen. (Alaviitala, Hautala ym. 2015, 5.)

2.4 Saattohoidon suositukset ja säädökset

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut (2010:6) Hyvä saattohoidon suositukset. Suositukset korostavat kuolevan ihmisen ihmisarvoa, inhimillisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. (STM 2010.) Saattohoito suosituksissa korostuvat saattohoidon eettiset ja inhimilliset periaatteet sekä kivun ja kärsimyksen lievittäminen. Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös joka pohjautuu moniammatilliseen hoitotyöhön jonka lääkärin tulee dokumentoida sairaukskertomukseen. (Valvira 2015.) Valtakunnallisten saattohoitosuosituksen tavoitteena on edistää ja kehittää yhdenvertaista ja laadukasta saattohoitoa. Kuolevan ihmisen ihmisarvo, itsemääräämisoikeus sekä oireiden että kärsimyksen lievittäminen ovat hyvän saattohoidon perusta. Saattohoitopotilaan tulee saada elää haluamassaan ympäristössä läheistensä ja omaisten seurassa. Saattohoidon voidaan todeta olevan laadukasta, kun saattohoitosuositukset toteutuvat. Potilaan selkeä hoitoketju, sovitut konsultaatiokäytännöt, hyvä tiedonkulku ja yhteistyö eri toimijoiden välillä ovat hyvän saattohoidon toteutumisen edellytyksinä. (STM 2010.) Saattohoitoon ei kuulu aktiivinen kuolemaan auttaminen. (Valvira 2015.)

Saattohoidon oikeudellinen perusta löytyy perustuslain (731/1999) perusoikeuksista ja terveydenhuollon perussäännöksistä. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) myöhemmin potilaslain mukaan potilaalla on itsemääräämisoikeus ja oikeus hyvään sairaanhoitoon ja kohteluun. Lain mukaan potilaan on saatava ymmärrettävä tietoa hoidosta ennen aloittamista. (Etene 2003.) Hoidossa pohditaan ihmisen itsemääräämisoikeuden ja hoitajien eettisten näkemysten kohtaamista. Saattohoidossa sosiaalisen terveyden merkitys korostuu; pelot, yksinäisyys kuoleman edessä ja turvattomuus ovat painavia tekijöitä jotka vaikuttavat terveyteen. Tällöin terveyden edistämisen lähtökohdaksi tulevat ottaa ihmisen yksilöllisyys ja hänen subjektiiviset tarpeensa. Terveyden edistämisessä on oleellista, kuinka ja missä saattohoito toteutetaan. Hoitotahdon avulla on monissa tilanteissa mahdollisuutta luoda selkeyttä saattohoitoon. (Hänninen & Luomala 2013, 40-41.)

Potilaan itsemääräämisoikeus merkitsee sitä, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, Potilan suostumus hoitoon on hoidon luvallisuuden edellytys. Potilaalla on lähtökohtaisesti oikeus kieltäytyä kaikesta hoidosta. Hoitoneuvottelussa pohditaan kuolevan potilaan taudin kulkua. Potilaan ja omaisten on tärkeää tietää saattohoitopäätöksen seuraukset ja perusteet. Potilas itse voi aina peruuttaa tai muuttaa hoitotahtonsa. (Hänninen & Luomala 2013, 54-56.)

Sosiaali- ja terveysministeriö oheistaa saattohoidossa kunnioittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa. Se vaatii järjestettävän jokaiselle potilaalle hänen tarpeitaan vastaavaa saatto-oirehoitoa. Lisäksi se kehottaa saattohoitoa järjestettäviä tahoja sitoutumaan potilaan toiveisiin ja tarpeisiin sekä käypä hoito suositusten noudattamiseen. (STM 2010, 13-16.) Jokaisella sairaanhoitajalla on velvollisuus hoitaa potilasta hyvin koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella ja lievittää potilaan kärsimystä sekä täydentää jatkuvasti ammattitaitoaan (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 559/1994).

3 Kivunhoito

3.1 Kivun määrittelyä

Nykykäsityksen mukaan kivussa on kysymys monimuotoisesta vamman, fysiologisen toiminnan häiriön, psyykkisen kokemuksen yhteisestä tuloksesta. Se on epämiellyttävä aistimus ja tunne kokemus, joka liittyy todelliseen tai mahdolliseen kudosaivautukseen. Kipu on subjektiivinen kokemus, joka voi olla ahdistava, muuttuva, ei-selitettävä ja vaikeasti havainnollistettava. (Eloranta 2002,3.)

Kipu on aisti kuten näkö tai maku. Muista aisteista poiketen siihen kuitenkin liittyy aina tunnekokemus (Granström 2010,14). Kipu kuuluu arkielämän peruskokemuksiin ja se on tuttu jokaiselle ihmiselle (Kalsto, Haanpää, Vainio, Elomaa, Estlande 2015). Se on yksilöllinen tulkinta, joka perustuu pääosin aikaisempiin kokemuksiin, uskomuksiin, odotuksiin ja asenteisiin (Kuusinen 2004,11). Kivun kokemiseen liitetään usein ensisijaisesti sen epämiellyttävä piirre, seuraa siitä usein myös muita tunnekokemuksia. Tapaturman sattuessa kipuun liittyy pelko siitä, miten kävi. Toisaalta onnettomuudessa kipu kertoo henkilön säilyneen hengissä. (Granström 2010, 15-19.) Hoitotieteessä korostetaan kivun subjektiivisuutta ja ilmiön laaja-alaisuutta. Kipu viestii, että potilas tai asiakas tarvitsee ymmärrystä ja tulkintaa. Hoitotyön lähtökohta on, että potilaan kipukokemusta ei aseteta kyseenalaiseksi, vaan häntä uskotaan. (Eloranta 2002.)

3.2 Kivun luokittelu

Kipua voidaan luokitella niin keston kuin syntymekanismin mukaan. Syntymekanismin perusteella kipu luokitellaan nosiseptiiviseksi eli kudოსvauriokivuksi, neuropattiseksi eli hermovauriokivuksi ja idiopaattiseksi eli mekanismeiltaan tuntemattomaksi jääneeksi kivuksi. (Arokoski, Mikkelsen, Haanpää, Pohjolainen, Viikari-Juntura 2015.)

Keston mukaan kipu luokitellaan yleensä akuutiksi ja krooniseksi. Akuutin kivun ensisijainen merkitys on suojata elimistöä. Se varoittaa kudოსvauriosta ja pyrkii estämään väistöheijasteen avulla lisävaurion syntymistä. Elimistössä tapahtuvat fysiologiset ilmiöt (sydämen sykkeen kohoaminen, hikoilu, pupillien laajentuminen, pahoinvoinnin tunne jne.) auttavat tunnistamaan akuutin kivun. (Eloranta 2002,8.) Akuutille kivulle on myös yleensä selvä syy, jota voidaan nyky lääketieteen keinoin hoitaa tehokkaasti. Kudოსvaurion paranemisen ja hyvän kivunhoidon ansiosta akuutit kivut paranevat yleensä hyvin päivien tai viikkojen kuluessa. (Kalsto, Haanpää ym. 2015.)

Kipua voidaan pitää kroonisena, jos sen kesto ylittää odotettavissa olevan kudოსvaurion paranemisen ajan. Kroonisen kivun syynä voi olla jatkuva krooninen kudოსvauriokipu, vaurio kipuradassa tai muutokset kipuaistin sentraalisessa säätelyssä (Kalsto, Haanpää ym. 2015).

3.3 Kivun arviointi

Kipu on aistimuksena ilmiö, jota on välillä hankala kuvata. Se on subjektiivinen kokemus ja ihmiset kokevat sen eri tavoin. Myös kulttuuri ja elämäolosuhteet vaikuttavat kivun aistimiseen. (Granström 2010, 15-21.) Kipuaistimus aktivoi sympaattista hermosta, jonka vaikutuksesta iho muuttuu kylmänhikiseksi, syke nousee, iho voi muuttua harmaankalpeaksi. (Kuisma,

Holmström, Porthan 2008, 68.) Näin ollen onkin tärkeää tarkkailla ihmisen elimistön fysiologisia muutoksia kivun arvioinnissa. Koska kipu ei kuitenkaan aina näy päällepäin kivusta kärsivät potilaat saattavat pahoitella lääkärille, että heidän sairauttaan ja vaivojaan ei oteta todesta. Kipupotilaat saattavat kokea myös syyllisyyttä siitä, että he eivät pysty täysin eläytymään sairautensa. Jos selkeitä kipua kuvaavia sanoja ei löydy, kipupotilaat saattavat yrittää kuvata aistimuksiaan muista elämänpiireistä tulevilla vertauksilla; ”pistettäisiin puukolla”, ”raastettaisiin riivinraudalla”. Jotta kipupotilaan ahdinko otettaisiin todesta, saatetaan hoitajalle tai lääkärille sanoa, että tämän tulisi kokea potilaan kipuja edes yhden päivän ajan, jotta tämä ymmärtäisi. (Granström 2010, 23-25.)

Koska kivun kokeminen on yksilöllistä, kivun mittaamisen tulee olla mukana hoidossa. Nykyään käytössä on erilaisia asteikoita ja mittareita, joilla kipua voidaan mitata. Näiden avulla potilas pystyy helpommin ilmaisemaan kokemansa kivun voimakkuutta. Toisaalta hoitohenkilökunta saa myös arvokasta tietoa kivunhallintaan käyttämiensä metodien vaikuttavuudesta. Yksinkertaisin suositeltu asteikko on neljä- tai viisiportainen sanallinen asteikko (verbal rating scale, VRS). Portaina käytetään usein; Ei kipua - lievä kipu - kova kipu - kohtalainen kipu - siedätämätön kipu. Numeerisessa asteikossa (NRS numerical rating scale) kivun voimakkuus arvioidaan numeraalisesti potilaan toimesta asteikolla 0-10, jolloin 0 tarkoittaa ei kipua ja 10 voimakkain mahdollinen kipu. Kipuasteikoista tunnetuin on VAS-asteikko (visual analog scale) siinä potilas arvioi kivun voimakkuutta janasta, johon on NRS:n tapaan kirjoitettu numerot 0-10. (Kontinen & Hamunen 2015, 2-3.)

3.4 Kivun fysiologiaa

Kipuaistin tehtävänä on varoittaa uhkaavasta vaarasta, ja se on välttämätön yksilön elossa säilymisen kannalta. Se turvaa myös vaurion paranemista; elimistö pyrkii pitämään vaurioitunutta kehonosaa levossa, jotta vaurio saa rauhassa toipua. Paranemisen myötä kipu vähenee ja aktiviteetit palaavat normaaleiksi. (Kalsto, Haanpää ym.2015.) Kudosvaurion sattuessa useita kemiallisia ainesosia (mm ATP ja prostaglandiinit) vapautuu vauriokohdassa. Kipuärsyke vapauttaa hermopäätteistä, sekä selkäytimestä välittäjäaineita. Näiden stimulaatiovaikutuksesta vapautuu histamiinia, joka aiheuttaa paikallista turvotusta ja muita tulehduksen oireita. (Kettunen, Leppäluoto, Rintamäki, Vakkuri, Vierimaa, Lätti 2007, 461-462.) Kipurata päättyy aivokuoreen, mutta kivun aistimista voidaan muunnella kipuradan matkalla. Esimerkiksi kun kipukohtaa hierotaan, ja kipu lievittyy kun kipuimpulssiin etenemistä hidastetaan. Kivun muuntelua selittää myös keskiaivoista lähtevät laskevat kipuradat, joiden neuronit erittävät enkefaliineja ja endorfiineja. Nämä ovat endogeenisiä opiaatteja. Akupunktiohoidon kipua lievittävän vaikutuksen uskotaan perustuvan juuri näiden aineiden vapautumiseen. (Kettunen, Leppäluoto ym. 2007, 463-464.)

3.5 Kivun lääkinällinen ja lääkkeetön hoito

Kipulääkkeet jaetaan perinteisesti vaikutuskohtansa perusteella. Ääreiskudoksissa lääkkeitä, eli tulehduskipulääkkeet ja keskushermoston kautta vaikuttavat lääkkeitä. Tulehduskipulääkkeet estävät prostaglandiinin synteesiä ja antihistamiinit histamiinin muodostumista, ja näin ollen ehkäisevät haitallisia vaikutuksia kuten turvotusta. (Kettunen, Leppäluoto ym. 2007, 465.) Opioidit vaikuttavat selkäytimessä, aivorungossa keskiaivoissa ja aivokuorella sijaitsevien reseptorien kautta kipua estäen. Jos kroonisessa kivussa käytetään opiaatteja, tulee käyttöä seurata tarkasti, koska ne saattavat aiheuttaa riippuvuutta päihdeongelmiin taipuville henkilöille (Kalsto, Haanpää ym. 2015).

Muihin kipulääkkeisiin luetaan paikallispuudutteet, jotka sulkemalla natriumionikanavat estävät kiputuntemuksen välittymisen aivoihin. Paikallispuudutetta ruiskutetaan esimerkiksi leikkaukselle tai johtopuudutetaan siihen johtava hermo. (Kettunen, Leppäluoto ym. 2007, 465.) Eri-laisia puudutuksia käytetään myös ajoittain kroonisten kiputilojen hoidossa, mutta niiden näyttö pitkäaikaistehosta on huono (Kalsto, Haanpää ym. 2015).

Vaikeissa kroonisissa kivuissa voidaan käyttää myös sähköisiä stimulaatiomenetelmiä. Näistä eniten käytetty on transkutaaninen sähköinen hermostimulaatio (TENS), joka on suhteellisen halpa ja potilas voi käyttää tätä omatoimisesti. Keskushermoston sähköiset stimulaatiomenetelmät ovat kalliita ja invasiivisia, joten näiden käyttöä tulee rajoittaa vain tarkkaan valituille potilaille. (Kalsto, Haanpää ym. 2015) Lääkkeettöminä kivunhoitomenetelminä voidaan käyttää kylmähoitoa ja akupunktiohoitoa. Kylmähoidossa kipuratojen aktiopotentiaalien synty estyy kylmän vaikutuksesta. Akupunktiohoidon uskotaan vapauttavan kipua estäviä endogeenisiä opiaatteja. (Kettunen, Leppäluoto ym. 2007, 465.)

Kivun kroonistuessa se voidaan ajatella moniulotteisena fysiologisten, sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden vuorovaikutusilmiönä. Kipuun liittyvä pelko, ahdistuneisuus, kärsimys ja avuttomuus liittyvät toimintakyvyn laskuun. Toisaalta potilaan kroonisen kivun hyväksyminen, kivunhallintakeinot ja omiin kykyihin uskomisen liittyvät vähäisempään kipuun ja parempaan toimintakykyyn. (Kalsto, Haanpää ym. 2015.) Lääkehoidon ja farmakologisen lähestymistavan lisäksi myös psykologisilla lähestymistavoilla kärsimystä ja kipua on saatu vähennettyä. Lääkkeettömien interventtioiden avulla kipukokemusta on saatu muutettua, ahdistus on vähentynyt ja unensaanti parantunut. (Matzo & Sherman 2010, 382)

Kivun psykologisina hoitomuotoina voidaan käyttää esimerkiksi kognitiivis- behavioraalista terapiaa tai psykoterapiaa. Kognitiivis- behavioraalisessa psykoterapiassa pyritään pessimististen ja ongelmaa ylläpitävien ajatusten ja tunteiden muuttamiseen jäsennys- ja itsehavainnointimenetelmin. Lisäksi voidaan myös käyttää fysiologisiin muutoksiin tähtääviä menetelmiä, kuten mielikuvaharjoitusta ja rentoutusta. (Kalsto, Haanpää ym. 2009.) Toisinaan pitkä

ja intensiivinen psykodynaaminen terapia voi olla tarpeen. Tämä voidaan yhdistää tilanteen niin vaatiessa parisuhde, - tai kriisiterapiaan. Kognitiivis-behavioraalisen lähestymistavan myötä on myös kehittynyt uusia hyväksymiseen tähtääviä hoitomuotoja. (esim. mindfulness training) Tavoitteena on, että potilas oppii suhtautumaan kokemuksiinsa ja tuntemuksiinsa mahdollisimman neutraalisti ja tiedostaen. Sen sijaan että potilas ahdistuisi vaikeista kokemuksista ja pyrkisi välttämään niitä, tämän tulisi kohdata ne ei-arvioivasti ja avoimesti. Kivun hyväksyminen on yhdistetty parempaan toimintakykyyn ja vähempään lääkkeiden ja terveyspalveluiden käyttöön. (Kalsto, Haanpää ym. 2015.)

3.6 Krooninen kipu ja psyyke

Pitkäaikainen kipu saattaa aiheuttaa suuria muutoksia elämässä, sekä paljon kärsimystä. Kipu-potilas saattaa odottaa, että nykylääketieteen keinoin pitkäaikainen kipu olisi kokonaan hoidettavissa pois. Pitkäaikaisen kivun hoidossa ongelmallista on, että häiriö on elimistön monimutkaisessa järjestelmässä, jonka toiminta on toisaalta lähellä normaalia. (Granström 2010, 135.) Esimerkiksi neuropaattista kipua esiintyy yli puolella leikkauspotilaista, jos leikkauksessa on käsitelty merkittäviä hermoratoja. Paikallinen kudosaaurio käynnistää tulehdusreaktion, jolloin kipua aistivat hermopäätteet aktivoituvat. Voimakas tai pitkittynyt kipu stimuloi jatkuvasti keskushermosta ja aiheuttaa siellä muutoksia. (Tiippana 2015.) Psyykinen hyvinvointi saattaa kärsiä kivun kroonistuessa. Krooninen kipu aiheuttaa ahdistusta, masennusta ja mielialan muutoksia. Unirytmi saattaa häiriintyä ja elimistö on jatkuvasti stressitilassa. (Eloranta 2002, 10-13.) Potilaan passiivinen tai kielteinen asenne kuntoutumista kohtaan altistavat kivun jatkumiselle. Sosiaalisen tuen puute, ymmärtämätön, ylihuolehtiva tai pelokas omainen lisäävät potilaan kuormitusta. Ristiriitaiset tai puutteelliset tiedot, tai kivun vähätely ja pitkät odotusajat tutkimuksiin heikentävät potilaan uskoa hoito-organisaatioon. Muiden hoitojen sietokyky, motivaatio elämäntapamuutoksiin ja kotiharjoitteiden vaikuttavat tähän. (Kalsto, Haanpää ym. 2015.) Samanaikaiset fyysiset ja psyykkiset sairaudet huonontavat ennustetta. Kivusta hyvin toipuneiden potilaiden tarinat poikkeavat suuresti, ja nämä ovat kokeneet hyvin erityyppisten asioiden vaikuttaneen paranemiseen kuten lääkahoito, fysioterapia ja leikkaus. Jotkut potilaat ovat kokeneet voimavarakseen kuntoilun aloittamisen, tai vaikka ruokavalion muutoksen. Todellista kuvaa kroonisen kivun paranemisennusteesta on kuitenkin vaikea saada. (Granström 2010, 137.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata saattohoidossa olevien potilaiden kivunhoitoa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää saattohoitopotilaan kivunhoitoa sairaalassa.

Tutkimuskysymys on millaisia kivunhoitomenetelmiä käytetään saattohoitopotilaan hoitotyössä?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on menetelmänä keskeinen kun muodostetaan kokonaiskuvaa jostain tietyistä aiheesta tai asiakokonaisuudesta. Kirjallisuuskatsauksia käytetään hoitotieteessä usein hahmottamaan jonkin aihealueen tai ilmiön tutkimustarvetta, se voi olla itse tutkimusmenetelmä, jonka avulla laaditaan synteesi aikaisemmasta tutkimustiedosta. Kirjallisuuskatsauksen tehtävänä voi myös olla ristiriitaisuuksia tai ongelmia valitussa kohdeilmiössä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 6-7.)

Katsauksia on olemassa erityyppisiä joita voidaan tehdä erilaisiin tarkoituksiin kirjallisuuskatsauksessa. Katsaustyyppit voidaan jakaa kolmeen päätyyppiin ja näitä ovat mm. 1) kuvailevat katsaukset 2) systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä 3) määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-synteesi. Kirjallisuuskatsauksia on löydetty 14 erilaista tyyppiä, osa niistä on vain hienosti toisistaan eroavia. Jokaisessa tyyppissä on näkökulmia, jotka ovat juuri sille ominaisia, ja joiden vuoksi katsaustyyppi voidaan luokitella omaksi katsaustyyppikseen. Eroavaisuuksia voidaan havaita, miten kirjallisuuskatsauksen tyypilliset osat toteutetaan. Erilaisissa tyypeissä voidaan saada aikaa myös sen, että katsaustyyppit voivat sekoittua toisiinsa. Tämä esiintymä näkyy erityisesti kirjallisuudessa erilaisten termien käyttönä, ja toteutetun katsauksen prosessienkuvauksien erilaisina vaiheina ja osina. (Stolt, Axelin ym. 2015, 8-9.)

5.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tiivistetty tietyn aihepiirin aiempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan keskustelua ja seulotaan esiin tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia. Tutkija käy läpi tutkimusmateriaalia tiiviissä muodossa pyrkien asettamaan tutkimuksen sekä historialliseen, että oman tieteenalansa kontekstiin. Näin ollen tutkijan on helpompi perustella, miksi juuri hänen tutkimuksensa on merkittävä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tapana tehokas testata eri hypoteeseja, sekä esittää tutkimusten tuloksia tiiviissä muodossa sekä arvioida niiden johdonmukaisuutta. (Salminen 2011, 9-10.) Integroiva kirjallisuuskatsaus voidaan sijoittaa osaksi systemaattista katsaukokokonaisuutta, mutta jossa on narratiivisia elementtejä (Stolt, Axelin ym. 2015, 13). Tutkimuskysymyksen valikoitumisen jälkeen päätettiin menetelmä, jolla opinnäytetyö tehdään. Tässä työssä ensin valittiin käytettävät tietokannat ja jaettiin ryhmän jäsenien kesken. Tämän jälkeen valikoituivat katsaukseen etsittävien artikkeleiden hakusanat. Tutkimusmateriaalia käytiin huolellisesti läpi ja pyrittiin löytämään hoitotyön kannalta olennainen.

Raportointivaiheeseen pyrimme valitsemaan työn kannalta olennaiset ja luotettavat tutkimusten tulokset.

5.3 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyö toteutettiin yleisenä kirjallisuuskatsauksena jossa oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen piirteitä. Suunnitelmana oli hakea aineistoa hoitotyön tietokannoista MEDIC, CINAHL(EBS CO), SAGE Laurean Libguides -portaalia hyödyntäen. Aineisto haettiin vain luotettavista tietokannoista. Aineistohakuja tehtiin alkuvuoden 2016 aikana. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivisella sisällönanalyysillä tarkoitetaan sitä, että kerätty tieto tiivistetään niin, että sillä voidaan tutkia aineiston merkitystä, seurauksia ja yhteyksiä. Resurssien puutteiden vuoksi, haettiin vain julkaistuja artikkeleita jotka ovat kaikkien saatavilla. Aineiston tuli kuvata saattohoitoa sairaalassa, potilaiden tuli olla aikuisia, haettu tieto oli ajalta 2006-2015. Valittujen tutkimuksien tuli käsitellä tutkimuskysymystä ja valittujen tutkimusten tuli olla joko suomen- tai englanninkielisiä. Haku suoritettiin hakusanoilla: hoitotyö, saattohoito, kivunhoito sekä Englanniksi hakusanoilla nursing care, palliative care, pain relief.

Opinnäytetyön aikataulu rakentui seuraavasti: Syksyllä 2015 opinnäytetyöaiheeksi valikoitui saattohoitopotilaan kivunhoito sairaalassa. Aihe rajattiin aikuisiin ja sairaalaympäristöön. Teorian hakeminen, tutkiminen ja kirjoittaminen ajoittui 2015 loppuvuodelle sekä 2016 alku talveen. Helmikuussa 2016 opinnäytetyön suunnitelma esitettiin. Aineiston haku ja analysointi ajoittui alkukeväälle 2016, ja valmiin työn esittäminen sekä kypsyysnäytteen suorittaminen toukokuulle.

Aineiston sisäänottokriteerinä oli, että tutkimus sisälsi aikuiset sekä sairaalassa olevat saattohoidossa potilaat. Kodinomaisessa ympäristössä suoritettava saattohoito rajattiin pois. Myös lapsien saattohoidon kivunhoitoa käsitteleviä tutkimuksia ei otettu mukaan. Tutkimuksia sekä artikkeleita haettiin vuosilta 2006- 2015, näin ollen tutkimustieto oli ajankohtaista ja paikansapitävää. Liian vanhat tutkimukset ja artikkelit rajattiin pois. Pyrimme löytämään tutkimuksista ja artikkeleista vastauksia tutkimuskysymykseemme, ja rajasimme pois artikkelit jotka eivät tutkimuskysymykseen vastanneet. Tutkimusten tuli olla objektiivisesti tehtyjä ja luotettavia. Aineistoon valittujen tutkimusten tuli olla joko suomen- tai englanninkielisiä. MEDIC-tietokannasta haettiin ensin hakusanoilla ”saattohoito” ja ”hoitotyö”, näillä hakusanoilla saatiin 23 osumaa. Näistä 21 poissuljettiin ja mukaan otettiin 2. Seuraavaksi haettiin hakusanoilla ”kivunhoito” ja ”hoitotyö”, näillä hakusanoilla osumia tuli 8, joista ei otettu mukaan yhtään artikkelia. Hakusanoilla ”saattohoito”, ”kivunhoito” ja ”hoitotyö” saatiin 2 osumaa, joista ei mukaan otettu artikkeleita koska eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Poistettaessa hakusana ”hoitotyö” saatiin 6 osumaa, joista 2 valittiin mukaan lopulliseen työhön.

Sage Journals-tietokannasta haettiin hakusanoilla ”palliative care”, ”pain relief” joilla saatiin 395 osumaa. Kun hakusanoihin lisättiin ”nursing care” saatiin 58 osumaa, joista ei otettu mukaan yhtään artikkelia koska ne eivät vastanneet tutkimuskysymykseen. Cinahl-tietokannasta hakusanoilla ”pain relief”, palliative care” saatiin 275 osumaa. Kun hakusanoihin lisättiin ”nursing care” saatiin 85 osumaa, joista lopulliseen työhön valittiin 3. Kaikista tietokannoista löytyi siis yhteensä 6 suomenkielistä ja 4 englanninkielistä artikkelia tai tutkimusta jotka hyväksyttiin mukaan lopulliseen työhön. (kuvio1.)



Kuvio 1: Sisäänotto ja poissulkukriteerit

5.4 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa tutkittava aineisto pyritään järjestämään selkeään ja tiiviiseen muotoon. Aineisto tullaan analysoimaan induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin tutkimuskysymystä silmällä pitäen. Induktiivisessa sisällönanalyysissa on

ajateltu oleva kolme vaihetta: 1.) Aineisto redusointi eli pelkistäminen 2.) klusterointi eli ryhmittely 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Induktiivinen sisällönanalyysi sopii käytettäväksi systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Näin ollen pystytään luettujen tutkimusten tietoa tiivistämään ja kokoamaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-101.)

Tutkimukset valittiin tarkasti sisäänotto- ja poissulkukriteerit huomioiden. Jaoimme Laurean käytössä olevat tietokannat ryhmämme jäsenten kesken. Aineisto luettiin läpi, siitä tehtiin muistiinpanoja ja englanninkieliset tutkimukset suomennettiin huolellisesti. Tutkimuksista poimittiin olennaiset asiat tutkimuskysymyksiin perustuen. Tämän jälkeen löydettyt artikkelit pelkistettiin. Esimerkiksi muistiinpanolauseesta ”Opioideista laastarimuotoisen Fentanyylin kanssa on noudatettava varovaisuutta ja se sopii vain stabiilin kivun hoitoon, kun suun kautta annettava opioidiannos on löytynyt” saatiin pelkistys ”Fentanyylin kanssa noudatettava varovaisuutta”. Esimerkiksi muistiinpanolauseesta ”Haloperidolista ja 5-HT₃-reseptorin salpaajista on niukasti tutkimustietoa, mutta ne voivat auttaa etenkin opioidien aiheuttamaan pahoinvointiin” saatiin pelkistys ”haloperidoli ja serotoniinireseptorin salpaaja saattavat auttaa opioidipahoinvointiin. Sitten yhteisesti ryhmän kanssa aineisto klusteroitiin ja jaettiin sisältöalueittain, esimerkiksi ”opioidit” ja ”pahoinvointilääkkeet”. Tämän jälkeen ne jaettiin teemojen alle esimerkiksi ”Tyypilliset lääkeaineet” Osasta tutkimuksista löytyi samoja teemoja, viitaten tutkimuskysymykseemme millaisia kivunhoitomenetelmiä käytetään saattohoitopotilaan hoitotyössä. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli sisällönanalyysiin perustuen tulkita ja päätellä erilaisia kivunhoitomenetelmien käyttöä saattohoitopotilaan hoitotyössä. Saattohoitopotilaan kivunhoito aiheena on ajankohtainen, joten kirjallisuuskatsauksen avulla pyrittiin tuomaan esille eri hoitotyön näkökulmia.

6 Tulokset

6.1 Kuolevan potilaan kokemia oireita

Saattohoitopotilaan yleisimpiä oireita ovat uupumus, ruokahaluttomuus, kipu, hengenahdistus, ummetus, ahdistuneisuus ja masennus (Hänninen & Rahko 2013c). Saattohoitopotilaalla esiintyy useimmiten ummetusta, joka johtuu kovista kipulääkkeistä. Ummetus voi lisätä huomattavasti kipua joten se on hoidettava laksatiivilla tai lääkkeellisin keinoin. Kuiva suu ja stomatiitti on kuolevan potilaan tavallisimpia oireita. (Hänninen & Rahko 2013c.)

Potilaat joilla on pitkälle edennyt syöpä kärsivät monen tyyppisistä oireista esim. kivusta, pahoinvoinnista, uupumuksesta ja masennuksesta. Nykyään onkin ajateltu olevan järkevää keskittyä hoitamaan näitä oireita laajemmin, yksittäisen oireen hoidon sijasta. (Lim, Wong & Aug 2011, 173.) Potilaan ollessa kipukriisissä kivunhoidon tulee olla hyvin suunniteltua ja tehokasta. Tarkoituksena on tehdä kivunhoitosuunnitelma, jossa kivunhoito on mahdollisimman

yksinkertaista ja tehokasta, maksimoiden potilaan elämänlaadun parantumisen. (Ferrel, Levy & Paice 2008,576.) Ruokaan sekä juomaan kiinnostus häviää sekä nieleminen vaikeutuu ja uneliaisuus lisääntyy. Oireiden hyvän hoidon ja perheen tukemisen merkitys kasvaa, kun taas perussairauden luonne tulee vähemmän tärkeäksi. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015.)

Merkittävin muutos kuoleman lähestyessä on kivun väheneminen ja sekavuuden lisääntyminen. Tähän vaikuttaa vähäinen jopa olematon ravinnon ja nesteiden nauttiminen. Tekijät jotka lisäävät saattohoidetun halua nopeuttaa kuolemaansa ovat kipu, masennus, sosiaalisen tuen puute ja kognitiiviset häiriöt. Voimakkaisiin kipuihin liittyvä masennus lisää kuolevan toivomista. Kivun intensiteetinkasvu lisää kuolemaan toivomista ja taas intensiteetin väheneminen lisää elämän halua. Kivulla on saattohoitopotilaalle usein myös jokin merkitys jos se merkitsee taudin etenemistä ja lähestyvää kuolemaa. Kipu koetaan pelottavana ja vaikeammin siedettävänä. Elämänlaatua huonontavat merkityksettömyyden tunne, avuttomuus ja toivottomuus. (Hänninen 2015, 36-37.) Limakalvojen vaikea sammas tai herpesinfektiot aiheuttavat nielemisvaikeuksia ja on hoidettava mikrobilääkkeillä. Suun haavojen hoitoon voidaan myös kokeilla erilaisia geelejä joita puhutaan kolmois- ja neloisgeelinä, ne auttavat puuduttamalla suuta ja pitävät sisällään kortikosterodin, antiseptin ja antimykootin aineita. (Hänninen & Rahko 2013c.) Päivittäisen suunhoitoon kuuluu suun kostuttaminen nesteellä, jääpaloilla, tekosyljellä, sitruunatikulla ja tai huulien rasvauksella. (Saarto, Hänninen, Antikainen & Vainio 2015.) Kutinaa saattohoitopotilailla esiintyy tutkimusten mukaan noin 5-12 %:lla. Kutina voidaan jakaa iholähtöiseen, neuropaattiseen, neurogeeniseen ja psykogeeniseen muotoon. Saattohoitopotilaan kutinan syynä voi olla kuiva iho jolloin puhutaan kseroosi nimikkeellä ja hoitona on ihon rasvaus ja vesipesujen harventaminen. Gabapentiini tai pregabaliini saattavat helpottaa neuropaattista kutinaa. Ihon rasvaus infektioiden välttämiseksi ja kivun hallinta ovat keskeinen osa saattohoitopotilaan hoitoa. (Hänninen & Rahko 2013c.) Hengenhahdistuksen taustalla voi olla syynä keuhkokuume, sydämen vajaatoiminta, astma, keuhkopussineste, keuhkoembolia, atelektasi, vatsan distensio. Psykkinen ahdistus voi myös pahentaa tilaa. Hoidon lisäksi annetaan morfiinia, anksiolyyteilla, sekä ajoittain hapella tai lisääntyneellä ilmapirtauksella pystytään kontrolloimaan oireita. Hengitys muuttuu usein äänekkääksi ja rohi-sevaksi ennen kuolemaa. Kylkiasento sekä liman eritystä vähentävät lääkkeet kuten skopolamiinilaastari tai glukopyrrolaatti, ja morfiini rauhoittavat yleensä tilannetta. (Saarto, Hänninen ym. 2015.)

6.2 Tyypilliset lääkeaineet

Oireita lievittävä lääkehoito kuuluu kuolevan potilaan hoitoon. Vaikeiden oireiden hoidossa tarvitaan erityisosaamista. Hoidot tulee lopettaa, jos sen katsotaan pitkittävän potilaan kärsimystä tai estävän potilaan rauhallista kuolemaa. Korkea CRP eli tulehdusarvo sekä seerumin

pieni albumiinipitoisuus, ovat merkkejä huonosta ennusteesta ei niinkään infektiosta. Antibioottihoidolla ei ole vaikutusta juurikaan elinaika-ennusteeseen. 60 %:lla saattohoitopotilaista esiintyy pahoinvointia. Metoklopramidi (liite 3) lääke on tehokas syöpäpotilaan kroonisen oksentelun ja pahoinvoinnin hoidossa. Nesteytys saattaa lievittää saattohoitopotilaan deliriumia, mutta luotettavaa näyttöä puuttuu. Suun kostuttaminen taas lievittää janontunnetta. Kivunhoitoa vaikeuttavat yleensä sivuvaikutukset kuten, ummetus, pahoinvointi ja sedaatio. Ummetus on yleinen oire ja siitä kärsii 80 % opioideja käyttävistä potilaista. Opioidihoitoon tuleekin aina liittää laksatiivit. Ravitsemushoito ei paranna elämänlaatua eikä lisää elinaikaa saattohoitopotilailla. (Hänninen, Hamunen ym, 2013, 372a.) Hoidettaessa oireiden aiheuttajaa voidaan hoitoon sisällyttää esim. systeemisiä tai paikallisia syöpä hoitavia lääkkeitä, anti-inflammatorisia lääkkeitä, antibiootteja tai palliatiivisia leikkauksia. On myös tärkeä arvioida potilaan psyykkistä tilaa ja olla tietoinen hänen sen hetkisestä lääkityksestä kivunhoitosuunnitelmaa tehdessä. Esimerkiksi trisyklisten masennuslääkkeiden antikolienergiset vaikutukset eivät ehkä ole turvallisia potilaille, joilla on sydämen rytmihäiriöitä tai kohonnut verenpaine. Masennuksesta kärsivät potilaat eivät välttämättä reagoi perinteiseen kipulääkitykseen. (Ferrel, Levy & Paice 2008, 577.)

On suositeltavaa, että potilasta hoidetaan vain yhdellä opiaatilla kerrallaan. Morfiini, oksikodoni, hydromorfon ja fentanyl (liite 2) ovat vakiinnuttaneet asemansa kroonisesta kipua kärsivien syöpäpotilaiden hoidossa. Fentanylilaastari oli yhdessä tutkimuksessa yleisin kipulääke (Lehti, Mustonen, Vinkanharju & Pessa, 2011, 3046-3047). Luustosta säteilevää kipua voidaan hoitaa anti-inflammatorisilla NSAID-lääkkeillä. NSAID-lääkkeitä (liite 2) voidaan käyttää myös post-operatiivisen kivun hoitoon. Kortikosteroidit ovat hyödyllisiä jos inflammaatiosta johtuva ödeema aiheuttaa kipua, esimerkiksi päänsärky intrakraniaalisessa syövässä tai akuutti kipu kompressiosta selkäydinkanavassa. Neuropaattista kipua voidaan hoitaa trisyklisillä masennuslääkkeillä, antikonvulsanteilla tai paikallisilla puudutteilla. (Ferrel, Levy ym. 2008, 579.) Opioidien käyttö vähentää saattohoitopotilaiden hengenahdistusta. Morfiinista on eniten tutkimusnäyttöä, muuta kaikkia vahvoja opioideja voidaan käyttää ekvianalgeettisen taulukon mukaisin annoksin. Kivun ollessa voimakasta voidaan opioidilääkitys aloittaa suoraan vahvoilla opioideilla. WHO:n portaiden mukaisesta syöpäkipun hoidosta voidaan silloin poiketa. Opioidilääkkeisiin voidaan liittää parasetamoli, tulehduskipulääke tai neuropaattisen kivun lääke. Parasetamolien yhdistäminen opioideihin ei lievitä kipua tehokkaammin kuin opioidi yksinään. Parasetamolia voidaan kuitenkin käyttää opioidin rinnalla jos potilas kokee hyötyvänsä siitä. Parasetamolia eri opioidien välillä ei ole voitu todistaa. Imeytyminen laastarista kakektisilla potilailla on heikentynyt, jolloin tulee valita muu reitti. Neuropaattista kipua lievittää opioidihoitoon yhdistetty gabapentini tai trisyklinen antidepressantti (liite 2). Opioidien vaihto voi vähentää sivuoireita ja tehostaa kivunhoitoa. Spinaaliset opioideja tulee käyttää syöpäpotilailla joiden kipua ei muuten voi hallita. Pitkäaikaisilla opioideilla on kroonisen kivun hoidossa

turvallisia käyttää myös vanhuksilla. Vanhuspotilaiden opioidihoito tulee toteuttaa ensisijaisesti suun kautta. (Hänninen, Hamunen ym.2013a.)

Jokaisessa saattohoitopotilaita hoitavassa yksikössä tulee olla valmius palleatiivisen sedaation toteuttamiseen. Saattohoitopotilaan oireita tulee lievittää sedaation keinoin silloin kun muut keinot ovat osoittautuneet riittämättömäksi. Sedaatio voidaan toteuttaa seuraavasti:

Midatsolaamia 0,5-5mg/h (ad. 20mg/h erityistapauksissa) loretsepaamia 0,5mg/h (ad 5mg/h erityistapauksissa) jatkuvina laskimonsisäisenä tai ihonalaisena infuusiona. Propofolia 10-30mg/h laskimoon. Akuuteissa tilanteissa voidaan antaa kerta-annoksina midatsolaamia 2-5mg laskimoon 5-10 min välein kunnes rauhoittuu. Hätätilanteessa joissa tarvitaan nopeaa syvää sedaatiota voidaan antaa midatsolaamia bolus annoksena 10-30mg. Lisäksi voidaan antaa morfiinia tai oksikodonia kivun ja hengenahdistuksen lievittämiseksi. Sedaatiossa saattohoitopotilaan seuranta on kliinistä eikä tarvitse elintoimintojen seurantaa monitorilla. Jotkut saattohoitopotilaat hyötyvät vain yöaikaan käytettävästä kevyestä sedaatiosta jolloin he voivat olla hereillä päiväsaikaan. (Hänninen & Rahko 2013c.) Pahoinvointia on harvemmin saattohoitopotilaalla, sitä tavataan enemmän palliatiivisen hoidon vaiheessa. Krooniseen pahoinvointiin voi kokeilla metoklopramidia, joka salpaa serotiinireseptoreita ja lisää mobilliteettia ohutsuolessa. Haloperidolista (neurolepti lääke) ja 5-HT₃-reseptorin (serotoniinireseptori) salpaajista (liite 3) on niukasti tutkimustietoa, mutta etenkin opioidien aiheuttamaan pahoinvointiin haloperidolista voi olla apua. 5-HT₃-reseptoriantagonisteilla on kuvattu olevan synergistisiä vaikutuksia haloperidolin ja deksametasonin (liite 3) kanssa vaikeahoitoisessa pahoinvoinnissa. (Hänninen & Rahko 2013c.) Deksametasoni voi lievittää myös suolitukospotilaan pahoinvointia. Liikkumattomuus, heikko nesteytyminen ja lääkkeitä erityisesti opioidit aiheuttavat ja pahentavat saattohoitopotilaan ummetusta. Tutkimusnäyttö ei anna syytä suosia tiettyä laksatiivia saattohoitopotilaalla. Ainoastaan suolen sisältöä lisääviä bulkkilaksatiiveja ei voi suositella, koska usein saattohoitopotilaat liikkuvat hyvin vähän ja nesteiden saanti hyvin niukkaa. Bulkkilaksatiivit voivat pahentaa tilannetta entisestään. Opioidien aiheuttamaa ummetusta voidaan laukaista ihon alle annettavalla metyylinaltreksonibromidilla. Saattohoidossa ripuli on harvinaisempi ilmentymä kuin ummetus ja pahoinvointi. Ripulia voidaan hoitaa sappihappoja sitovalla kolestyramiinilla. Kroonisessa ripulissa oktreotidi voi lievittää oireita pidentämällä suoliston läpikulkuaikaa ja vähentämällä nesteiden erittymistä mahasuolikanavassa. (Hänninen & Rahko 2013c.) Oksikodonin ja naloksonin suun kautta otettavaa yhdistelmää on tutkittu enimmäkseen muissa kuin pahanlaatuisissa sairauksissa. Saattohoitopotilaiden osalta käytettävyyttä voivat rajoittaa yhdistelmävalmisteen enimmäisannos ja lääkkeitä tois-
taiseksi puuttuva erityiskorvattavuus. (Hänninen & Rahko 2013c.) Kivun portaittaisen hoidon periaatteet saattohoidossa on seuraava: Tulehduskipuläkkeet ja parasetamoli, kodeiini, tramadoli (heikko opioidit), buprenorfiini (keskivahva opioidi), morfiini, oksikodoni ja fentanyl (vahvat opioidit). Kivunhoidon adjuvantit eli apuaineet voidaan käyttää edellisten lääkkeiden lisänä esimerkiksi amitriptyyliini, imipramiini, karbamatsepiini, valproaatti, gabapetiini ja

prednisoni. Kattovaikutuksen jälkeen lääkitys muuttuu heikoksi tai keskivahvaksi opioidiksi. Opioideissa laastarimuotoisen fentanylin (liite 2) käytössä on noudettava varovaisuutta. Fentanylili laastari-muodossa soveltuu enemmän stabiiliin kivunhoitoon kun saattohoitopotilaan kivunhoitoon. (Saarto, Hänninen 2015.)

6.3 Lääkkeenantoreitit

Toisinaan saattohoitopotilaiden terminaalivaiheen sairaus on edennyt jo niin pitkälle, ettei kipua pystytä hoitamaan perinteisillä lääkkeenantoreiteillä. Oraalisesti, ihon läpi, tai parenteraalisesti annosteltavat opioidit eivät auta tai saattavat aiheuttaa vakavia sivuvaikutuksia kuten, sedaatiota, hengityslamaa, myoklonista dystoniaa (pakkoliikkeitä) tai sekavuutta. (Mchugh, Miller-Saultz, Wuhrman, Kosharsky 2012,426.) Epiduraalikatetria käytetään yleisimmin operatiivisen ja post-operatiivisessa kivunhoidossa, mutta sitä voidaan käyttää myös saattohoitopotilaiden kivunhoidossa. Samalla tavoin lääkkeitä voidaan annostella intratektaalitilaan (aivokalvojen sisäinen) asetetun katetrin avulla, jolloin kipu lievittyy paremmin ja lääkkeiden haittavaikutuksen voidaan minimoida. Intratektaalikanyyliä käytettäessä infektioriski on myös pienempi, mutta sitä tulee käyttää vain jos arvioidaan, että sitä pidetään paikallaan vähintään kaksi viikkoa. (Mchugh, Miller-Saultz ym. 2012,428.) Selkäydinkanavaan asennettua katetria käytetään kun halutaan pitkäaikaista ja tehokasta kivunhoitoa. Sitä pidetään kiinnitettynä määrittämättömän ajan, mutta kuitenkin vähintään suunnitellusti kaksi viikkoa. (Mchugh, Miller-Saultz ym. 2012,428.) Selkäytimen hermoston manipuloinnissa tuotetaan tarkoituksella vahinkoa tiettyyn osaan selkäydintä tai hermokimppua. Tällä tavoin pyritään häiritsemään hermostossa liikkuvaa kipusignaalia, jotta potilaan kipu lievittyisi. Tätä käytetään usein kuitenkin viimeisenä vaihtoehtona riskien vuoksi. (Mchugh, Miller-Saultz ym.2012,430.) Implantoitavaa lääkkeenantojärjestelmää (IDSS) käytetään harkiten jos tavanomaiset (esim. p.o. ja s.c.) lääkkeenantomenetelmät eivät ole käyttökelpoisia sivuvaikutusten vuoksi. IDSS on pieni levynmuotoinen elektroninen pumppu, joka asennetaan ihon alle ja sen kautta lääkkeitä voidaan annostella selkäydinkanavaan. Se kiinnitetään usein vatsaan tai pakaralihakseen ja tunneloidaan haluttuun kohteeseen. Sitä voidaan ohjata käsitietokoneella, mutta laitetta saa käyttää vain asiaan perehtynyt lääkäri tai sairaanhoitaja. Myös potilaan tulee käydä läpi psykologinen arvio, jotta voidaan selvittää onko hän kykenevä hoitamaan ja säätämään laitetta tarpeen mukaan. (Mchugh, Miller-Saultz ym. 2012,430.)

6.4 Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä

Kanadassa tehdyssä pilottitutkimuksessa vertailtiin akupunktiohoidon ja edistetyn hoitajaveitoisen kivunhoitomenetelmien vaikutusta parantumaton syöpä sairastavien potilaiden kivunhoidossa. Muut oireet joita arvioitiin olivat: väsymys, pahoinvointi, masennus, ahdistus,

uneliaisuus, ruokahaluttomuus, huonovointisuus ja hengenahdistus. Edistetyssä hoitajavetoisessa kivunhoidossa potilas keskusteli hoitajan kanssa 20-30 minuuttia viikoittain neljän viikon ajan. Näiden tapaamisten aikana hoitaja keskusteli potilaiden kanssa lääkkeiden oikeanlaisesta käytöstä, ohjeisti lääkkeettömän hoidon toteuttamisessa (esim. rentoutusterapia, liikunta ja ruokavalio). Hoitaja keskusteli potilaiden kanssa oireista ja tarjosi henkistä tukea päivittäisissä toiminnoissa selviämiseen. Hoitajavetoisessa edistyneessä kivunhoidossa oli n=8. (Lim, Wong ym. 2011,1-76.)

Akupunktioneuloja kiinnitettiin potilaaseen 15-30 ja niitä pidettiin noin 20minuutin ajan. Näihin liitettiin lisäksi sähköinen simulaattori. Akupunktionhoidon aikana ei tarjottu keskustelutukea. Hoitojen vaikutusta arvioitiin ennen ja jälkeen tutkimuksen Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)- mittarilla. Tässä numeraalisessa mittarissa potilaat antavat eri oireilleen pisteitä nollasta kymmeneen. Akupunktiohoidossa oli n=10. (Lim, Wong ym. 2011, 174-177.) Potilaat saivat hoitoja neljän viikon ajan. Potilaiden oireiden pisteytyksiä arvioitiin joka tapaamisen jälkeen, ja viikoittain kuuden viikon ajan hoitojen päättymisestä. Yleisesti akupunktiohoito koettiin välittömästi hyödyllisemmäksi, mutta hoitajan kanssa keskustelu tuotti paremmat tulokset kuuden viikon seuranta-ajan jälkeen. Kipu lievittyi potilaiden arvioimana yksittäisen tapaamisen jälkeen -1.5 pistettä ja kuuden viikon seurannassa kivun tunteminen lisääntyi +0,5 pistettä. (Lim, Wong ym. 2011,174-178.) Fysioterapeuttisilla keinoilla esimerkiksi lymfahieronta, lymfasidokset on saatu kontrolloimattomissa tutkimuksissa positiivisia tuloksia, näillä puhutaan kun on laskimoperäisiä turvotuksia (Hänninen & Rahko 2013c).

6.5 Hengellisten ja psyykkisten näkökohtien huomioiminen

Saattohoitopotilaan psykologisen arviointi sisältää usein arvioita masennuksesta, ahdistuksesta, sekavuudesta ja kognitiivisesta tilasta. Saattohoitopotilaan masennuksen hoito tulee olla yhdistelmähoitoa, johon kuuluu rentoutusta, psykoterapiaa, ongelmanratkaisua ja lääkitystä. Mielialalääkityksenä käytetään anksiolyyttejä, koska masennuslääkkeiden vaste tulee vasta myöhemmin. (Hänninen & Hamunen 2013a.) Hyvän psykososiaalisen tuen tarjoaminen potilaalle ja perheelle edellyttää selkeiden tavoitteiden asettamista ja niiden ymmärtämistä. Selkeä viestintä hoitotiimin kanssa on tärkeää. Tiimiin voi kuulua esimerkiksi lääkäri, sosiaalityöntekijä, psykologi ja sairaalapastori. Moniammatillinen työryhmä tarjoaakin usein arvokasta tukea hoitajille ja omaisille. (Ferrel, Levy ym. 2008,579.)

Potilaan ja tämän omaisten surun kokeminen on eri tilanteissa erilaista ja tähän tulisikin kiinnittää huomiota. Potilaan kärsimys ei usein lieivity huolimatta parhaasta mahdollisesta psyykkisestä- ja sosiaalisesta tuesta jos henkisiä näkökohtia ei oteta huomioon. Potilaan odotuksen kuolemasta, usko Jumalaan tai korkeampaan voimaan, tunnistamaton syyllisyyden tunne tai

elämässä ratkaisemattomat konfliktit tulee selvittää, jotta kipua ja kärsimystä voidaan lievittää tehokkaasti. (Ferrel, Levy ym. 2008, 579-580.)

Kipua varten on kehitetty mittareita, joilla oire on paremmin tunnistettavissa. Kipu kuitenkin pelottaa kuolevaa. Kivun tunnetta haasteellisempaa on kohdata potilaan tunteet ja tarpeet kokonaisvaltaisesti. Saattohoitosuunnitelma tulisi tehdä aina kun potilas lähestyy kuolemaa. Se sisältää lääkityksen uudelleenarvioinnin eli tarpeettomien lääkityksen lopettamisen ja oirelääkityksen määräämisen/ aloittamisen. Omaisten kanssa keskustellaan lähestyvistä kuolemasta ja otetaan saattohoitopotilaan tarpeet huomioon kokonaisvaltaisesti. Potilaan tilanteesta antava kuvaus kertoo hyvin hänen oireistaan ja siitä miltä ne hänestä tuntuvat. Hoitosuunnitelmaan on välttämätöntä liittää potilaan oma arvio tilanteesta. Potilaan oireista käytämät laatusanat kuvastavat oireiden emotionaalista merkitystä myös potilaan asennetta niitä kohtaan. Suunnitelmassa tulee selvittää keitä kaikkia se koskee ja millä tavalla heidät on huomioitava hoitotoimia suunniteltaessa. Kuoleamisen ”diagnosointi” on tärkeää, jotta osataan hoitaa potilaan fyysiset ja henkiset oireet potilasta kunnioittaen. Laadun arviossa tulee kysyä vastaako tulos annettuja tavoitteita. (Hänninen 2015.)

Tutkimukset ja toimenpiteet tulee suunnitella potilas- ja oirelähtöisesti. Syöpäpotilaan oireenmukaisen hoidon liian myöhäinen aloittaminen saattaa heikentää elämänlaatua ja johtaa ennen aikaiseen kuolemaan. Elintoimintojen heiketessä elämänloppuvaiheessa lääketieteellisten tukitoimien merkitys ja fysiologiset vaikutukset usein muuttuvat. Fyysisten ja psyykkisten oireiden diagnostiikan laiminlyönti tai niiden heikko tuntemus saattaa johtaa potilaan vaivojen alihoitoon tai liian voimaperäisiin ja väärin ajoitettuihin hoitoihin. (Hänninen & Rahko 2013c.) Läheisille tulee kertoa potilaan voinnissa tapahtuvista muutoksista. Läheisille on tärkeää tuoda esille mitä on odotettavissa ja mitä lääkitystä käytetään hoidossa. (Saarto, Hänninen ym. 2015.)

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä pyritään minimoimaan virheiden määrä. Tästä johtuen kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan sen luotettavuus. Tutkimuksen reliaabelisuudella tarkoitetaan sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen arvioinnissa esiin nouseva käsite on validius ja pätevyys. Näillä tarkoitetaan käytössä olleen mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on pyritty mittaamaan. Laadullisessa tutkimuksessa reliaabelisuutta ja validiutta on tulkittu eri tavoin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 232.)

Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi jakaa tutkijoita. Jotkut tutkijat ovat sitä mieltä, että kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit

eivät eroa toisistaan. Osa tutkijoista puolestaan kokee, että laadullista tutkimusta ei pystytä arvioimaan määrällisen tutkimuksen kriteerein, koska nämä tutkimustyytit perustuvat eri oletuksiin tiedosta ja todellisuudesta. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.) Kirjallisuuskatsauksessa pyritään punnitsemaan valmiiksi tutkimusaiheeseen liittyvät keskeiset näkökulmat, metodiset ratkaisut, teorit ja aikaisemmat tulokset (Hirsjärvi & Remes 2010, 258). Pyrimme siihen että tutkimuksen tulokset eivät ole sattumanvaraisia ja tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä on voitava tutkia sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoitus tutkia. Käytämme tässä opinnäytetyössä useita tutkimuksia, jotka saavat toisistaan tukea, jolloin tämä lisää vahvistettavuutta. Pyrimme olemaan subjektiivisia ja neutraaleja, mutta tuomaan omia näkemyksiämme esiin. (Willberg 2009, 7.) Itsereflektion kautta pyrimme tutkimaan työtä tehdessämme omia ajatuksiamme ja perustelemaan omia toimia. siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että ovatko tutkimuksen siirrettävissä myös muihin kohteisiin tai tilanteisiin. (Lähdesmäki, Hurme, Koskimaa, Mikkola & Himberg 2010.) Aineistoa tarkasteltiin kiinnittämällä huomiota olennaisiin asioihin, teoreettiseen viitekehykseen ja tutkimuskysymys pidettiin mielessä.

7.2 Tulosten tarkastelua

Kuolevan potilaan yleisimpinä oireina olivat uupumus, ruokahaluttomuus, kipu, hengenahdistus, ummetus, ahdistuneisuus ja masennus. Yleisimpänä näistä oireista tuli esiin hengenahdistus. Kipu koettiin pelottavana ja se merkitsi potilaalle taudin etenemistä ja lähestyvää kuolemaa. Potilaan ollessa kipukriisissä tulee tehdä kipuhoidosuunnitelma, jolloin kivunhoito on mahdollisemman yksinkertaista ja tehokasta.

Kivun portaittainen lääkehoito (WHO) nousi esiin monissa useassa artikkelissa. Tätä käytetään niin Suomessa kuin ulkomaillakin. Epätyypillisempiä kipulääkkeitä, kuten psyykenlääkkeitä käytetään usein opiaattien rinnalla vaikutusta tehostamaan. Suositeltavaa on käyttää yhtä opiaattia kerrallaan potilaan hoidossa. Suurimpana yksittäisenä potilasryhmänä saattohoidossa esiin nousi pitkälle edennyttä syöpää sairastavat. Suurimmiksi lääkkeiden aiheuttamiksi sivuvaikutuksiksi nousivat sekavuus, tajunnantason häiriöt, hengityslama ja pahoinvointi. Vaikeissa kiputilanteissa tai lääkkeiden aiheuttamien sivuvaikutusten ollessa hankalat voidaan käyttää vaihtoehtoisia lääkkeidenantoreittejä esimerkiksi epiduraali- ja aivokalvojen sisäiseen tilaan asetettua katetria. Sedaatiota tulee käyttää, mikäli kaikki muut keinot ovat osoittautuneet riittämättömiksi. Saattohoitopotilaita hoitavassa yksikössä tulisikin olla näin ollen valmius palleatiivisen sedaation toteuttamiseen.

Saattohoitopotilaan masennuksen hoito tulee olla yhdistelmähoitoa, johon kuuluu rentoutusta, ongelman ratkaisua, psykoterapiaa ja lääkitystä. Hyvän psykososiaalisen tuen tarjoaminen potilaalle ja perheelle on tärkeää. Potilaan ja omaisten surun kokeminen on erilaista ja tähän tulee kiinnittää huomiota.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen keinoin selvittää saattohoitopotilaiden kivunhoidossa käytettäviä menetelmiä.

Aineiston keruu vaiheessa havaitsimme, että saattohoidon kivunhoitomenetelmistä ei löytynyt kovinkaan montaa tutkimusta. Haimme kymmenen vuoden ajalta lähteitä jotta saisimme teoriatietoa mahdollisemman laajasti. Odotimme tutkimustietoa löytyvän enemmän mutta kovin monikaan ei vastannut meidän tutkimuskysymystä. Yllätyimme kuinka vähän saattohoitopotilaan kivunhoitoa sairaalassa on tutkittu. Sisällönanalyysin avulla saimme kuitenkin luotua löytämistämme tutkimuksista asianmukaisia osa-aluekokonaisuuksia. Tutkimuskysymyksemme oli millaisia kivunhoitomenetelmiä käytetään saattohoitopotilaan kivunhoidossa. Tutkimuskysymys johdatteli meitä hakemaan tietoa kivunhoidosta ja huomasimme, että haetuissa tutkimuksissa ja artikkeleissa lääkinnällinen hoito on yhtenäistä, niin Suomessa kuin muuallakin. Saattohoitopotilaan kivunhoitoon panostetaan kiitettävästi mutta lääkkeettömästä kivunhoidosta ei juurikaan tutkimustietoa löytynyt. Akupunktiohoitoa kokeiltiin Kanadassa jossa se koettiin hyödylliseksi. Potilaat olivat kokeneet akupunktiohoidon vielä hyödyllisemmäksi jos hoitaja oli hoidon aikana läsnä keskustelemassa. Saattohoidossa saattohoitopotilaat kokivat hoitajien läsnäolon ja keskustelun tärkeäksi, myös läheisten kohtaaminen ja tukeminen oli arvostettua. Kokonaisuudessa opinnäytetyö oli ajatuksia herättelevä ja haastava prosessi. Haastavaksi prosessin teki kattavan tutkimustuloksien löytäminen ja löytää niistä tärkein tieto. Lisähaastetta asetti jokaisen ryhmämme jäsenen palkkatyössä käynti, ja näin ollen yhteisten aikataulujen sovittaminen.

Saattohoito on aiheena paljon puhutteleva terveydenhuollon piirissä. Olemmekin miettineet onko meillä resursseja suoda kaikille arvokas kuolema, niin ettei tarvitse olla yksin eikä kärsiä kivuista? Sairaalassa kuoleminen ei ole kovinkaan kodikasta tai lämmihenkeistä. Saattohoitokodeissa tuodaan taas enemmän kodinomaisuutta ympäristöä. Mietimme, kuinka sairaalassa hoitotyön työntekijät voisivat luoda potilaille rauhallisen ympäristön. Potilaan huoneeseen voitaisiin viedä kukkia, sytyttää kynttilöitä tai rauhallinen musiikki voi tuoda potilaalle rauhallisen olon. Pitäisikö hoitohenkilökunnalla olla enemmän koulutusta jotta pystyttäisiin toteuttamaan potilaan toiveita? Kuolevan ihmisen hoitaminen ja läheisten kohtaaminen ja tukeminen on suuri eettinen haaste terveydenhuollolle. Kuolema on luonnollinen osa elämää ja kuuluu yhtenä osana hoitotyön kokonaisuuteen. Hoitotyö on eri ammattiryhmien vuorovaikutusprosessi, jossa sairaanhoitajan toteuttama hoitotyö muodostaa keskeisen osan potilaan kokonaisuudesta. Kivun, oireiden ja psykososiaalisten ongelmien ratkaiseminen on osa hoitotyötä. Hoidolla tavoitellaan potilaalle ja hänen läheisilleen parasta mahdollista elämänlaatua. Suomessa tukeminen on osa hyvää hoitoa. Saattohoidon periaate on, että potilas voisi elää elämänsä loppuvaiheen läheistensä läsnä, ilman vaikeita oireita ja kipuja. Riittävä tiedonsaanti

ja hyvä vuorovaikutus hoitosuhteessa edistävät potilaan ja läheisten hyvinvointia. Huomasimme, että saattohoito päätöksiä ei ole yleisesti otettu käyttöön, mikä vaikeuttaa potilaiden loppuvaiheen hoitoa.

Lähteet

- Alaviitala, P. Hautala, P. Hirsmäki, R. Jokisuu, M. Kattelus, U. Kujala, T. Pernaa, J. Pohjanheimo, L. Päällysaho, R. Somppi, M-L. Syväjärvi, P. Rintala, R. & Ylirinne, A. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito. Kuntayhtymä Kaksineuvoinen. Viitattu 3.1.2015 www.kaksineuvoinen.fi/Link.aspx?id=1186996
- Arokoski, J. Mikkelsson, M. Haanpää, M. Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. 2015. Fysiatria Kustannus oy Duodecim.
- Eloranta, M-B. 2002. Krooninen kipu osana elämää. Tampereen yliopisto Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- ETENE 2003. Valtakunnallisen tervydenhuollon eettisen neuvottelukunnan etene muistio. Etene-julkaisuja.
- Ferrell, B. Levy, MH. & Paice, J. 2008. Managing Pain From Advanced Cancer in the Palliative Care Setting. USA.
- Granström, V. 2010. Kipu ja mieli. Edita Publishing oy: Porvoo.
- Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Oulu. Viitattu 11.5.2016. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514282590.pdf>
- Hakala, R., Tahvanainen, S., Ikonen, T. & Siro, A. 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategia. Viitattu 31.12.2015 <https://osaavalahihoitaja2020.wikispaces.com/Hoitoty%C3%B6>
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Saajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna
- Hänninen, J. Kuolevan kipu 4/2015 Sic!
- Hänninen, J. Hamunen, K. Laakkonen, M-L. Laukkala, T. Lehto, J. Matila, A. Rahko, E. Saarto, T. Tohmo, H. & Vuorinen, E. 2013. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Duodecim.
- Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän Puu. Otava Helsinki
- Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Duodecim. Helsinki.
- Hänninen, J. 2015. Kuolevan Kipu. Fimea
- Kalsto, E. Haanpää, M. Vainio, A. Elomaa, & M. Estlande, A-M. 2015. Kipu. Kustannus oy Duodecim.
- Kettunen, R. Leppäluoto, J. Rintamäki, H. Vakkuri, O. & Vierimaa, H. 2007. Anatomia + fysiologia. WSOY
- Kontinen, V. & Hamunen, K. 2015. Leikkauksen jälkeisen kivun hoito. Duodecim artikkeli 2015;131:1921-8. Viitattu 9.12.2015 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo12492&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_member=JPPpRX9**SdU
- Kuisma, M. Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito Tammi Oy: Jyväskylä.
- Kuittinen, O. Seppänen, M-L. Heikkinen, M. Karjalainen, T. & Järvinen, V. 2015. Saattohoito-ohjeistus ja suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. 3 painos. Viitattu 9.1.16

https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/21119_saattohoitonetti_uusi.pdf

Kuusinen, P. 2004. Pitkäaikainen kipu ja depressio - Yhteyttä säätelevät tekijät. Jyväskylän yliopisto.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima oy. Helsinki

Käypähoito 2015. Suomalainen Lääkäriseura Duodecium.

Viitattu 15.11.2015 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50063>

Laitinen-Junkkari (toim.), Isola, Rissanen, Hirvonen, 1999. Moninainen vanhusten hoitotyö. Porvoo: WSOY - kirjapainoyksikkö.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 Viitattu 4.11.2015 www.etene.fi/saattohoito

Lim, Jan T. W. Wong, Erin T. Aung, & Steven K. H. 2011. Is there a role for acupuncture in the symptom management of patients receiving **palliative care** for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care. Canada.

Lähdesmäki, T. Hurme, P. Koskimaa, R. Mikkola, L. & Himberg, T. Menetelmäpolkuja humanisteille. Jyväskylän yliopisto, humanistinen tiedekunta Viitattu 25.2.2016 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>

Malmberg, K. 2008. Hyvä terveys. Saattohoito sairaalassa

Viitattu: 21.11.2015

http://www.hyvaterveys.fi/artikkeli/terveys/saattohoito_sairaalassa

Matzo & Sherman 2010. Palliative Care nursing. Quality care to the end of life. Springer publishing company. New York.

McHugh, E. Miller-Saultz D. Wuhrman E. & Kosharsky, B. 2012.

Interventional pain management in the palliative care patient USA.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukses. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Viitattu: 28.11.2015

<http://thl32kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aBNB%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Saarto, T. Hänninen, J. Antikainen, R. & Vainio, A. 2015. Palliatiivinen hoito. Duodecim Oy Helsinki.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Vaasan yliopiston julkaisuja.

Simonen (toim.), & Nikkonen 1995. Hyvä kuolema. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Stolt, M. Axelin, A. & Suhonen, R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun Yliopisto.

STM 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Viitattu 4.11.2015 www.stm.fi/julkaisut.fi

Lehti, J. Mustonen, L. Vinkanharju, A. & Pesso, K. Tarvitaanko akuuttisairaalassa saattohoitopäätöksiä. Suomen lääkärilehti 41/2011

Tilvis, R. & Antikainen, R. Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliatiivinen hoito. Suomen lääkärilehti 2015 vol.70.no.36 s.2238-2241

Tiippana, E. 2015. Voidaanko akuutin leikkauskivun kroonistumista ehkäistä? Lääkärilehti 1-2/2015, 48-53.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä.

Vainio, A. 2015. Kivunhallinta. Terveyskirjasto.fi Kustannus oy Duodecim. Viitattu 9.12.2015

Valvira 2008. Saattohoito. Viitattu 4.11.2015 http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos/ erityypedagogiikan yksikkö Viitattu: 25.2.2016 <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>

Kuviot

| | |
|-------------------------------------------------|----|
| Kuvio 1: Sisäänotto ja poissulkukriteerit | 18 |
|-------------------------------------------------|----|

Liitteet

| | |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| Liite 1: Hakutaulukko | 34 |
| Liite 2: Kivun hoidossa käytettävät lääkkeet portaittain | 35 |
| Liite 3: Pahoivointilääkkeet ja niiden annostus oireiden mukaan..... | 36 |
| Liite 4: Tutkimuksien tekijät | 37 |

Liite 1: Hakutaulukko

| Hakusana(t) | Tietokanta | Rajaukset | Osumia | Hyväksytty |
|----------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------|--------|------------|
| Saattohoito ja hoitotyö | Medic | 2006-2015, Suomenkieliset julkaisutyypit | 23 | 2 |
| Kivunhoito ja hoitotyö | Medic | 2006-2015, Suomenkieliset julkaisutyypit | 8 | 0 |
| Saattohoito, kivunhoito ja hoitotyö | Medic | 2006-2015, Suomenkieliset julkaisutyypit | 2 | 0 |
| Hoitotyö | Medic | 2006-2015, Suomenkieliset julkaisutyypit | 6 | 2 |
| Saattohoito ja kivunhoito | Medic | 2006-2015, Suomenkieliset julkaisutyypit | 6 | 2 |
| Palliative care pain relief and nursing care | Sage journals | 2006-2015, Englanninkieliset julkaisutyypit | 395 | 0 |
| Pain relief and palliative care | Cinahl | 2006-2015, Englanninkieliset julkaisutyypit | 275 | 3 |

Liite 2: Kivun hoidossa käytettävät lääkkeet portaittain

| Hoidon porras | Lääke | Huomautukset |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tulehduskipulääkkeet ja paracetamol | Ibuprofeeni ja paracetamol | Mahasuolikanavan vuodot |
| Heikko opioidi | Kodeiini ja Tramadoli | Ummetus, laksatiivinen käyttö tarpeellinen. kapea terapeuttinen leveys |
| Keskivahva opioidi | Buprenorfiini | Osittain antagonistiksi muille opioideille. Ei yhtäaikaista käyttöä, sekavuus vanhuksilla yleistä. |
| Vahvat opioidit | Morfiini | Peroraalinen että parenteraalinen antotapa. Hyötyosuus suun kautta annettaessa yksilöllinen. |
| | Oksikodoni | Vähemmän sekavuutta aiheuttava kuin morfiini. Oraalinen oksikodoni on teholtaan morfiinin verrattava, hyötyosuus suun kautta annettaessa on parempi ja vakaampi kuin morfiinin hyötyosuus. |
| | Fentanyyli | Pitkävaikutteinen, laastarin muodossa. Soveltuu stabiiliin kivunhoitoon. |
| | Kivun hoidon adjuvantit (apuaineet) edellisten lääkkeiden ohelle. Amitriptyyliini, imipramiini | Neuropaaattiseen kipuun. |
| | karbamatsepiini, valproaatti | Neuropatian sekä sähkömaiseen kivun hoitoon. |
| | Gabapentiini, pregabaliini | Luuetäpesäke kivunhoitoon sekä kuihtumiseen. |
| | Prednisoni | |

Liite 3: Pahoivointilääkkeet ja niiden annostus oireiden mukaan

| Pahoivointilääke | Vuorokausiannos ja antoreitti | Pahoivoinnin syy | Huomioitavaa |
|-------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metoklopramidi | 10-30mgx3 p.o,p.r,s.c 10-20mgx3 i.v | Mahalaukun hidastunut tyhjentäminen, solusalpaaja tai sädehoito, etiologialtaan epäselvä pahoivointi. | Annostus pienennettävä munuaisten ja maksan vajaatoiminta. Ei suolitukos potilaille. |
| Haloperidoli | 0,5-50mgx2-3 p.o,s.c,i.m,i.v | Opioidien ja muiden lääkkeiden aiheuttama pahoivointi ja suolitukos. | Ekstrapyramidaaliset hättäväikutukset ja rigiditeetti etenkin vanhuksilla. |
| Syklitsiini | 25-50mg x3 p.o | Liike- ja asento-pahoivointi, kohonnut kallon sisäinen paine, etiologialtaan epäselvä pahoivointi. | |
| Deksametasoni | 1,5-5mg x1-4 p.o, i.m, i.v | Kohonnut kallon sisäinen paine, solunsalpaajien aiheuttama pahoivointi, suolitukos. | Kortikosteroidien hättäväikutukset, veren glukoosipitoisuuden suureneminen, vatsa ärsytys. Pitkäaikainen kortikosteroidihoito lopetettava annosta hitaasti pienentämällä. |
| Skopolamiini | 1mg 3vrk t.d | Suolitukos, vatsakalvon ärsytys, limaisuus. | |
| Loratsepaami | 0,5mg-2mg x1-3 p.o, i.v | Ahdistuneisuus, paniikkihäiriöt | |
| Granisetroni | 1mgx2 tai 2mg x1 p.o 3mg x1-3 i.v | Akuutti solunsalpaajien tai sädehoidon aiheuttama pahoivointi | Hättäväiksina päänsärky ja ummetus |
| Ondasetroni | 8mgx 2 p.o 16mg x1 p.r 8mgx 1-3 i.v | Akuutti solunsalpaajien tai sädehoidon aiheuttama pahoivointi | Hättäväiksina päänsärky ja ummetus |
| Palonosetroni | 250mikrog. x 1 i.v | Akuutti solunsalpaajien tai sädehoidon aiheuttama pahoivointi | Vaikutusaika 5 vuorokautta |
| Levomepromatsiini | 5-10mgx 1-2 p.o | Kerta annoksena ennen solunsalpaajaa. Tukilääkkeeksi, opioidi pahoivointiin, unettomuus. | Ei parkinsonintautia sairastaville. |

Liite 4: Tutkimuksien tekijät

| Tutkimuksen tekijät Aihe, tutkimuspaikka ja vuosi | Tarkoitus ja Tavoite | Aineisto | Keskeiset tulokset |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Saarto, T., Hänninen, J., Antikainen, R., Vainio, A. Palliativinen hoito Helsinki, 2015 | Tarkoituksena oli tutkia kivun arviointia ja hoitoa. | Kirjallisuuskatsaus Aineisto haettu Medic tietokannasta. | Noin joka viidennellä potilaalla on säännöllinen opioidi lääkitys ja noin 40%:lla on tarvittava opioidi. |
| Hänninen, J., Rahko, E. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa Helsinki, 2013 | Tarkoituksena oli tutkia oireiden hoitoa elämän loppuvaiheessa. | Artikkelikatsaus Aineisto haettu Medic tietokannasta. | Tutkimukset ja toimenpiteet tulee suunnitella potilas- ja oirelähtöisesti. Diagnostiikan laiminlyönti tai heikko tuntemus saattaa johtaa potilaan oireiden alihoittoon tai väärin ajoitettujen hoitojen käyttöön. Lääketieteellinen avun lisäksi potilas tarvitsee hoitotiimin, joka luo turvallisuutta potilaalle. |
| Ferrel, B. Levy, M-H. Managing Pain From Advanced Cancer in the Palliative Care Setting USA, 2008 | Tutkia pitkälle edenneen kohdunkaulansyövän kivunhoitomenetelmiä. | Case-pohjainen katsaus Aineisto haettu Cinahl tietokannasta | Hyvän saattohoidon viimeisiin vaiheisiin kuuluu riittävän lääkeellinen kivunhoito ja omaisten sekä potilaan psykososiaalinen tuki. Hengelliset asiat tulee myös ottaa huomioon. |
| Lim Jan, T., Wong, E., Aung, S. Is there a role for acupuncture in the symptom management of patients receiving palliative care for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care Canada, 2011 | Pilotti tutkimus jossa vertailtiin viikottaisen akupunktioidon ja sairaanhoitajan tarjoaman keskustelu- ja neuvontatuen vaikutusta parantumattomasta syövästä kärsivien potilaiden oireisiin. | Kysely N=18 Vaihtuoksia arvioitiin kipumittarilla. Aineisto haettu Cinahl | Akupunktiohoito tarjosi välitöntä helpotusta potilaiden oireisiin, eikä merkittäviä haittavaikutuksia ilmennyt. Kuitenkin 6 viikon seurannan jälkeen sairaanhoitajan tarjoama tuki koettiin enemmän hyödylliseksi. |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | tietokan- nasta. | |
| Hänninen, J., Hamunen, K., Laakkonen, M-L., Laukkala, T., Lehto, J., Matila, A., Rahko, E., Saarto, T., Tohmo, H., Vuorinen, E. Kuolevan potilaan oireiden hoito Helsinki, 2013 | Turvata saattohoitopotilaan hyvää elämänlaatua. | Arttike- likatsaus Aineisto haettu Medic tie- tokan- nasta. | Oireiden, erityisesti kivun hal- linta on saattohoidossa keskeistä. Opioidit vähentävät parantumat- tomasti sairaiden hengenahdis- tusta sekä voi tehostaa kivunhoi- toa ja vähentää sivuoireita. |
| Lehti, J., Mustonen, L., Vin- kanharju, A., Pessa, K. Tarvitaanko akuuttisairaalaassa saattohoitopäätöksiä? Hyvinkää, 2011 | Hyvinkään sairaalassa tutkit- tiin sisätaudin, kirurgian ja neurokirurgian vuodeosaston saattohoitopotilaiden kolme viimeisen päivän kivunhoitoa. | Seuranta- tutkimus Aineisto haettu Medic tie- tokan- nasta. | Säännöllinen kipulääkitys oli käy- tössä potilailla 46%. Ila. Fen- tanyyli laastari oli yleisin sään- nöllinen kipulääkitys 32%: Ila. Opiaatti infuusio oli käytössä vain 8%: Ila. 15% potilaista sai yli 10 tarvittavaa kipulääke annosta. |
| Hänninen, J. Kuolevan kipu Helsinki, 2015 | Kuinka kohdata kuoleva poti- las. | Artikkeli Aineisto haettu Medic tie- tokan- nasta. | Fyysisen kivunhoitoa haastelli- sempaa on kohdata potilaan tar- peet ja tunteet. Lääkkeellinen hoito ei ole ensijainen vaan poti- laan huomion ottaminen. |
| Tilvis, R., Antikainen, R., Sydämen pitkälle edenneen vajaatoiminnan palliatiivinen hoitotyö. Helsinki, 2015 | Kuolevan potilaan hoitotyö. | Arttike- likatsaus Aineisto haettu Medic tie- tokan- nasta. | Ummetusta ja masennusta tulee hoitaa tehokkaasti. |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>McHugh, M. Miller-Saultz, D. Wuhrman, E. Kosharskyy, B.</p> <p>Interventional pain management in the palliative care patient</p> <p>USA, 2012</p> | <p>Pohtia interventionaalisten (epiduraaltilaan annosteltava kipulääke, selkäytimen hermoston manipulointi ja Im-plantable drug delivery system (IDDS) hoitomuotoja vaihtoehtona saattohoitopotilaiden hoidossa, kun muut kivunhoitomenetelmät eivät ole riittäviä.</p> | <p>Artikkeli-katsaus</p> <p>Aineisto haettu Cinalh tietokannasta.</p> | <p>Usein perinteiset lääkkeelliset kivunhoitomenetelmät ovat riittäviä. Interventionaaliset kivunhoitomenetelmät tulee kuitenkin pitää mielessä.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|